

委任状

令和 年 月 日

代理人

住所 _____

氏名 _____

私（私たち）は、上記の者を代理人に定め、下記の権限を委任します。

委任事項

- ・マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請について

委任者（解除希望者）

| | | | |
|---|----|-----|--|
| 1 | 住所 | 鹿追町 | <input type="checkbox"/> 代理人に同じ |
| | 氏名 | | |
| | 電話 | | |
| 2 | 住所 | 鹿追町 | <input type="checkbox"/> 代理人/委任者()に同じ |
| | 氏名 | | |
| | 電話 | | |
| 3 | 住所 | 鹿追町 | <input type="checkbox"/> 代理人/委任者()に同じ |
| | 氏名 | | |
| | 電話 | | |
| 4 | 住所 | 鹿追町 | <input type="checkbox"/> 代理人/委任者()に同じ |
| | 氏名 | | |
| | 電話 | | |
| 5 | 住所 | 鹿追町 | <input type="checkbox"/> 代理人/委任者()に同じ |
| | 氏名 | | |
| | 電話 | | |

* この委任状のほかに、委任者（解除希望者）及び代理人の本人確認ができる書類の提示が必要です。（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等の公的機関が発行した顔写真付きの証明書。いずれも写し可能）

* 委任状の偽造又は偽造した委任状を行使したときは、刑法第 159 条、第 161 条により罰せられます。

* 利用登録の解除申請した方には、保険者から世帯主あてに資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局等を受診される際には資格確認書の持参が必要です。有効な保険証が交付されている方には、資格確認書を交付しませんので、引き続き保険証を利用してください。

* 解除申請後、マイナポータルに反映されるまでにおよそ2か月かかります。その間に、別の医療保険者に加入することになった場合、新しく加入する医療保険者等に対し、自身が以前加入していた医療保険者等で解除申請を行ったことを申し出るとともに、資格確認書の申請を行ってください。